

**Samuel da Silva Parreira**

Programa de Pós-Graduação em
Bioética. Universidade de Brasília.
Campus Darcy Ribeiro. Brasília.
Distrito Federal, Brasil.
samuel.parreira@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3266-6547>

Bárbara Santos Silva

Programa de Pós-Graduação em
Bioética. Universidade de Brasília.
Campus Darcy Ribeiro. Brasília.
Distrito Federal, Brasil.
barbarasatoo@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4363-7285>

**Isis Layne de Oliveira
Machado Cunha**

Programa de Pós-Graduação em
Bioética. Universidade de Brasília.
Campus Darcy Ribeiro. Brasília.
Distrito Federal, Brasil.
isis.layne.machado@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0051-9307>

Volnei Garrafa

Programa de Pós-Graduação em
Bioética. Universidade de Brasília.
Campus Darcy Ribeiro. Brasília.
Distrito Federal, Brasil.
garrafavolnei@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4656-2485>

A convivencialidade à luz do pensamento de Ivan Illich: análise bioética dos cuidados voltados às Doenças Negligenciadas no Brasil

Conviviality based on the Ivan Illich's thought: bioethical analysis of care for Neglected Diseases in Brazil

La convivialidad frente al pensamiento de Ivan Illich: análisis bioético de la atención a las Enfermedades Desatendidas en Brasil

Resumo: “Doenças negligenciadas” é um termo utilizado para descrever doenças infecciosas que afetam principalmente populações mais socialmente vulnerabilizadas, cujas necessidades são frequentemente ignoradas pelas pesquisas desenvolvidas pela indústria farmacêutica. O presente ensaio teórico pretende estabelecer uma interlocução com as ideias de Ivan Illich, especialmente quanto às críticas que o autor apresenta face ao desenvolvimento industrial e institucional, e seus impactos para cuidados em saúde, atinentes a doenças comumente presentes em sociedades marginalizadas. A “convivencialidade” é proposta por Illich como uma alternativa às sociedades moderno-industriais, com fins de promover a autonomia e a organização comunitária. O artigo tem por objetivo apresentar uma discussão bioética quanto às possíveis aplicações e benefícios da convivencialidade, enquanto ferramenta útil ao enfrentamento de doenças negligenciadas no Brasil e no mundo. A aplicação dessa ferramenta às doenças negligenciadas empreende críticas e oferece novas maneiras de pensar e agir sobre o problema, sugerindo que os sistemas de saúde pública sejam formulados de forma a priorizar a autonomia e a criatividade das comunidades em seu meio social.

Palavras-chave: Bioética. Doenças Negligenciadas. Saúde Pública. Indústria Farmacêutica.

Abstract: “Neglected diseases” is a term used to describe infectious conditions that primarily affect the most socially vulnerable populations, whose needs are often overlooked by research conducted within the pharmaceutical industry. This theoretical essay seeks to engage in dialogue with the ideas of Ivan Illich, particularly his critique of industrial and institutional development and its impact on health care in relation to diseases that are common in marginalized societies. Illich proposes “conviviality” as an alternative to modern industrial societies, with the aim of fostering autonomy and community organization. This article presents a bioethical discussion on the possible applications and benefits of conviviality as a useful tool for addressing neglected diseases in Brazil and worldwide. Applying this framework to neglected diseases mobilizes critical perspectives and offers new ways of thinking and acting on the problem, suggesting that public health systems should be designed to prioritize the autonomy and creativity of communities within their social environments.

Keywords: Bioethics. Neglected Diseases. Public Health. Drug Industry.

Resumen: El término “enfermedades desatendidas” suele ser utilizado para describir enfermedades infecciosas que principalmente afectan a poblaciones socialmente más vulnerables, cuyas necesidades son a menudo ignoradas por la investigación científica producida por la industria farmacéutica. Este ensayo teórico pretende establecer un diálogo, a través de las ideas de Iván Illich, especialmente en lo relacionado a las críticas que hace sobre el desarrollo industrial e institucional, y su impacto en la atención sanitaria, enfocado hacia las enfermedades que suelen darse en las sociedades marginadas. Illich propone la “convivialidad” como alternativa a las sociedades industriales modernas, con el fin de promover la autonomía y la organización comunitaria. El artículo tiene como objetivo presentar una discusión bioética sobre las posibles aplicaciones y beneficios de la “convivialidad” como herramienta útil para hacer frente a las enfermedades desatendidas en Brasil y en todo el mundo. La aplicación de esta herramienta a las enfermedades desatendidas suscita críticas y ofrece nuevas formas de pensar y actuar sobre el problema, sugiriendo que los sistemas de salud pública se formulen de tal forma que prioricen la autonomía y la creatividad de las comunidades en su entorno social.

Palabras clave: Bioética. Enfermedades Desatendidas. Salud Pública. Industria Farmacéutica.

Introdução

O termo “doenças negligenciadas” foi originalmente proposto na década de 1970. Sua origem está associada a um programa da Fundação Rockefeller nomeado “*The Great Neglected Diseases*”, coordenado por Kenneth Warren (Souza, 2010). Posteriormente, em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no relatório da Comissão sobre Macroeconomia em Saúde, introduziu uma classificação que dividia as doenças em tipo I (doenças globais), tipo II (negligenciadas) e tipo III (mais negligenciadas) (WHO, 2001).

Desde então, o termo passou a ser utilizado para descrever um grupo de doenças infecciosas, em grande parte de origem parasitária, que são endêmicas em populações de baixa renda, atingindo, sobretudo, países da África, Ásia e América Latina (Souza, 2010). Atualmente, a OMS elenca um total de 20 doenças negligenciadas, dentre as quais podemos citar: dengue, leishmanioses, doença de chagas, tripanossomíase africana, esquistossomose, oncocercose, entre outras (WHO, 2023).

Devido à origem de sua classificação, tais doenças são dotadas de um forte viés sociopolítico, uma vez que não são unicamente determinadas pela virulência dos seus agentes etiológicos, mas por questões ambientais e sanitárias. Além disso, a agenda das pesquisas, pouco voltada a doenças negligenciadas, acaba por contribuir para a permanência deste cenário (Guimarães *et al.*, 2024). Ademais, o viés econômico que acompanha o desenvolvimento das pesquisas em saúde, acaba por direcionar a prioridade conferida pelas indústrias farmacêuticas no sentido do desenvolvimento de

substâncias destinadas a tratar determinadas doenças visando obter melhor retorno financeiro, muitas vezes em detrimento das reais necessidades de uma determinada população.

A negligência frente às doenças cujas pesquisas não promoveriam o retorno financeiro esperado pode ser relacionada com o mecanismo de produção característico das sociedades moderno-industriais. A medicina moderna, entre muitos caminhos percorridos, se estabelece como um ponto de confluência entre o mercado, o poder institucionalmente posto, a tecnologização do cuidado e a forma como o adoecimento é interpretado e lido socialmente (Médici, 1992). Tal conjuntura demarca a medicina como uma força centralizadora e monopolizadora dos recursos destinados à restauração da saúde e, por vezes, compromete a autonomia dos indivíduos e comunidades alvos de intervenções em saúde (Bello-Urrego e Garrafa, 2018). Dado isso, se torna estratégico que construções teóricas ou experienciais atinentes ao campo da saúde dialoguem com autores que propõem uma visão crítica a esta conjuntura que, não raramente, culminam na produção de desigualdades.

O presente trabalho foi produzido no âmbito da disciplina Bioética e Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Este é o terceiro de uma sequência de três artigos nos quais foram abordados temas em saúde pública articulados com as ideias de Ivan Illich. No primeiro artigo da coleção, Tabet *et al.* (2017) aprofundaram na crítica que o autor faz aos sistemas de saúde, com ênfase em seu livro *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975). Na sequência, Bello-Urrego e Garrafa (2018) contribuíram para a elaboração de um glossário de termos utilizados na obra de Illich com o objetivo de mapear o que eles denominaram de “microssistema linguístico” utilizado pelo autor. Este sistema caracteriza-se por uma série de redefinições do vocabulário médico, transformando termos ideológicos fomentados pela medicina em categorias capazes de desvelar as lógicas de poder existentes especialmente nas sociedades industriais.

Este artigo, por sua vez, se aprofunda nos termos da convivencialidade proposta pelo autor. Este conceito foi definido inicialmente em 1973 com a publicação do livro *A Convivencialidade*, no qual Illich elabora um sistema destinado a problematizar e limitar o crescimento das sociedades industrializadas (Gajardo, 2010). O termo diz respeito à ideia de que as relações humanas devem ser pautadas em um equilíbrio entre autonomia individual e a cooperação social, de modo que as pessoas possam viver de maneira autônoma, cooperativa e em harmonia com as outras. Para o campo

da saúde, o termo apresenta-se como forma de crítica ao modelo tradicional, pautado na relação hierárquica entre profissional de saúde e paciente ou ainda na excessiva medicalização da vida (Illich, 1973). Acredita-se que Ivan Illich, em sua maneira ímpar de encarar as ferramentas utilizadas pelas sociedades moderno-industriais, conduz a uma reflexão crítica pertinente a respeito do tema proposto.

O modelo de sociedade difundido por Illich lança luz sobre o enfrentamento consciente das desigualdades que permeiam as sociedades ocidentais contemporâneas; defendendo uma reanálise próxima do território e do contexto vigente. O autor legitima uma maior autonomia e poder das comunidades para moldar o mundo de uma maneira mais condizente com as necessidades coletivas. Sua visão contrapõe, portanto, o uso desenfreado da industrialização que, por sua vez, é operada de modo a impor barreiras restritivas à capacidade plena de realização do ser humano. Há, nestas sociedades, um uso prejudicial das ferramentas que supostamente facilitariam a interação do ser humano com o seu meio e sua organização social (Illich, 1973).

Trata-se, portanto, de estudo teórico, pautado na obra de Ivan Illich (1973) e os possíveis diálogos com o campo da bioética. Objetiva-se discutir a convivencialidade, estabelecendo uma interlocução com os conflitos éticos inerentes às doenças negligenciadas. Para tanto, inicialmente foi proposta uma breve introdução ao pensamento do autor para, em seguida, discutir o tema das doenças negligenciadas e sua correlação com as críticas feitas por Illich quanto à convivencialidade, com vistas a contribuir com necessárias discussões bioéticas quanto aos impactos que o modo de organização social pode acarretar para a saúde das pessoas.

Introdução ao pensamento de Ivan Illich

Ivan Illich foi um filósofo austríaco nascido em Viena no dia 4 de setembro de 1926. Autor de livros como: *A Sociedade sem Escolas* (1973); *A Convivencialidade* (1973); *Energia e Equidade* (1974); *A Expropiação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975); entre outros. Illich empreende uma das mais ávidas provocações contra as sociedades modernas e os sistemas industrializados, denunciando inúmeras contradições desse conjunto de temas e situações. Fomenta, assim, uma sólida crítica não-marxista direcionada aos principais motores econômicos, a saber, a medicina, as escolas, a geração de energia, os transportes, etc. (Gajardo, 2010)

No auge de sua produção, Illich situava-se no contexto histórico das décadas de 1960 e 1970, que foram marcadas por uma forte crítica à ordem capitalista e suas

instituições (Gómez, 2006; Gajardo, 2010). As críticas feitas pelo autor, no entanto, não eram circunscritas a um sistema econômico específico, mas tinham um foco mais amplo, levando em consideração o modelo de reprodução da sociedade em si.

Nesse sentido, Illich faz duras críticas contra a denominada sociedade moderno-industrial. Para o filósofo, o modo de vida imposto pelas grandes instituições leva a uma limitação crônica das liberdades e da autonomia dos indivíduos. A escola e os hospitais podem ser citados como exemplos dessas instituições limitantes, que na concepção do autor, cerceiam a possibilidade da comunidade de lidar com aspectos básicos da vida, conferindo a estes um rigor atribuído à profissionalização dos processos, gerando e fortalecendo diferentes graus de dependência (Gómez, 2006).

No estudo, será tomado como exemplo ilustrativo o pensamento de Illich a respeito da instituição escolar, uma vez que o autor se apoia em uma argumentação análoga para criticar outras categorias institucionais da sociedade, como a dos cuidados em saúde. A escola, para Illich, se aloca em um espaço distante do ambiente real onde a vida flui e os indivíduos existem enquanto pessoas. Esse distanciamento é refletido, de maneira sintomática, na divisão verificada entre o conhecimento popular e o conhecimento acadêmico (Gómez, 2006).

Nessa análise, a escola falhou em cumprir sua missão de educar os indivíduos e transformou-se em uma instituição burocrática, que produz hierarquização social e inibe a participação dos indivíduos na construção cultural (Illich, 1970). Aqui se tem um aspecto chave do que Illich considera um dos mais nocivos aspectos das sociedades industrializadas: o distanciamento dos indivíduos do seio comunitário e da possibilidade deles mesmos construírem seus próprios meios de subsistência.

É válido ressaltar que a crítica que Ivan Illich faz ao sistema educacional está atrelada às críticas que ele direciona ao consumismo e na ideia propagada de que a felicidade está intimamente vinculada ao maior consumo de bens e serviços (Gómez, 2006). A isso ele atribui à existência do que ele denomina de *currículo secreto*, que seria uma série de elementos implícitos presentes nas estruturas curriculares e que influenciam, de maneira não declarada, a formação dos estudantes (Illich, 1970).

Com isso, o currículo secreto impõe aos alunos aprenderem que o conhecimento a ser valorizado é resultante do ensino institucionalizado que resulta nos títulos sociais adquiridos. Este conhecimento, por sua vez, está contaminado com discriminações

e preconceitos, além de ser operado para majorar o consumismo, do qual a própria sociedade moderno-industrial depende (Gómez, 2006). Nesse sentido, para o autor:

Inevitavelmente, este secreto currículo da escolarização ajunta preconceitos e culpa à discriminação que a sociedade pratica contra alguns de seus membros e concede aos privilegiados um novo título de condescenderem com a maioria. Também de maneira inevitável, este secreto currículo presta-se como rito de iniciação para uma sociedade de consumo, orientada para o progresso, tanto para ricos como para pobres (Illich, 1970, p. 47).

Neste ponto, destaca-se outro elemento central do pensamento de Illich: o modo como as instituições ganham dimensões cada vez mais próximas da subjetividade dos indivíduos. Como consequência, estes cidadãos passam a creditá-las como detentoras centrais (por vezes, únicas) dos serviços necessários à sociedade, afastando-os, assim, do âmbito comunitário. Com efeito, a educação passa do lugar de troca de conhecimentos para o de um bem passível de compra, necessariamente mediado pela profissionalização (Gómez, 2006), da mesma forma em que há um distanciamento do profissional de saúde, como detentor de maior conhecimento técnico em detrimento do paciente, que passa a ser visto como um objeto passivo de cuidados.

Outro fator preocupante na educação institucionalizada é a hierarquização de indivíduos. A escolarização obrigatória, segundo o autor, gera uma padronização dos conhecimentos (Illich, 1970). Como consequência da institucionalização da aprendizagem, cria-se um sistema que privilegia certos conhecimentos e competências em detrimento de outros; a avaliação quantitativa, a competição e o aspecto normatizador são características que minam a criatividade e suscitam desigualdades que perduram na vida dos indivíduos.

Illich (1970) argumenta que a escolarização obrigatória tende a polarizar as sociedades e a criar uma hierarquia entre as nações, com base no tempo médio de escolarização de seus habitantes. Esse sistema de classificação, que se assemelha a uma divisão em castas, está relacionado ao produto nacional bruto de cada país, aumentando a dimensão dos danos ocasionados pelas desigualdades fomentadas no ensino institucionalizado.

Em suma, os danos advindos da institucionalização desenfreada dos serviços necessários à constituição da sociedade, fato aqui trazido no exemplo da escola, para além do efeito de distanciar as pessoas de seu meio e da possibilidade de conduzirem

ações mais coerentes com suas necessidades, propaga na cultura aspectos que reforçam o ideário de uma sociedade de consumo (Illich, 1970).

Illich destaca ainda que os efeitos no imaginário social são tão perniciosos quanto as próprias instituições, incidindo na construção de uma sociedade tecnocrata com uma visão deturpada sobre a construção dos conhecimentos. Essa percepção induziu o filósofo a revisar o que ele considera como “mitos da civilização” e propor um sistema destinado a revitalizar os modos de vida (Illich, 1970).

Doenças Tropicais Negligenciadas: uma descrição do problema

O último Relatório Global sobre Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da OMS mostra uma tendência de queda geral dos indicadores relacionados ao número de indivíduos afetados; apesar disso, a porcentagem de pessoas que necessitam de intervenções contra essas comorbidades ainda representa uma parcela significativa da humanidade (WHO, 2023). Estima-se que cerca de um bilhão de pessoas, em 149 países, são afetadas por pelo menos uma doença tropical negligenciada (Guimarães *et al.*, 2024). Essas doenças continuam a afetar fortemente o perfil de morbi-mortalidade dos países afetados, trazendo graves consequências socioeconômicas. Cerca de 200 mil óbitos anualmente acontecem em decorrência dessas comorbidades, sendo que 10 mil desses óbitos ocorrem na América Latina (Guimarães *et al.*, 2024).

A WHO (2023) identifica cerca de 20 doenças pertencentes a essa classificação: úlcera de Buruli; doença de Chagas; dengue e chikungunya; dracunculose; equinococose; infecção por trematódeos; tripanossomíase africana; leishmaniose; hanseníase; filariose linfática; micetoma e outras micoses; oncocercose; raiva, escabiose e outros ectoparasitas; esquistossomose; helmintíases; teníase e cisticercose; tracoma; boubá e outras treponematoses; helmintíases; envenenamento por picada de cobra.

O relatório da OMS também aponta que a região da Ásia Oriental segue sendo uma das mais afetadas, com 857 milhões de pessoas demandantes de intervenções contra as DTN, seguido do continente africano com 584 milhões de pessoas e das demais regiões (Américas, Europa, Mediterrâneo Oriental e região do pacífico ocidental) com 212 milhões de indivíduos (WHO, 2023).

É importante enfatizar que a ocorrência dessas doenças não está unicamente associada às condições climáticas das regiões afetadas. Como afirmam Andrade e

Rocha (2015), este problema se estabelece globalmente com um forte recorte geopolítico, uma vez que ele atinge desproporcionalmente as populações dos países classificados como “em desenvolvimento”.

Um dos aspectos centrais para tal desigualdade, é que há uma falha de mercado propagada pelo desinteresse da indústria farmacêutica em produzir medicamentos destinados às populações mais vulnerabilizadas, uma vez que o retorno financeiro é reduzido. Diante desse desinvestimento, as pesquisas em tratamentos inovadores, que ajudariam a amenizar o perfil de morbi-mortalidade, tramitam em um ritmo lento e não condizente com o impacto socioeconômico resultante dessas doenças (Madureira *et al.*, 2023).

A maioria dos produtos farmacêuticos são desenvolvidos no intento de obter lucro. Pesquisas recentes indicam que uma parcela significativa do desenvolvimento de novos medicamentos está destinada às chamadas “*me too drugs*”, nome dado a substâncias com pequenas modificações estruturais em relação àquelas já existentes no mercado, que são lançadas para assegurar a continuidade de patentes e, consequentemente, um retorno financeiro mais substancial (Hellmann e Guedert, 2024).

Dessa maneira, as necessidades de saúde das pessoas que podem pagar um valor maior pelos insumos farmacêuticos se sobrepõem às daquelas que não possuem o mesmo poder aquisitivo, caracterizando um uso tendencioso e não equitativo dessas tecnologias (Feres e Silva, 2023). Outro obstáculo existente é a própria maneira que os sistemas de saúde nacionais lidam e priorizam medidas de combate às doenças negligenciadas, que frequentemente denunciam a incipiência de políticas de apoio à pesquisa nesse campo (Madureira *et al.*, 2023).

Panorama das doenças negligenciadas no Brasil

No Brasil, em 2012 foi lançado o plano nacional integrado de doenças tropicais negligenciadas, vinculado ao programa Brasil Sem Miséria, o qual enfatizou a importância da implementação de abordagens intersetoriais (Andrade e Rocha, 2015). Em 2013, foi criada no âmbito da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, uma subcomissão destinada a diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza, instaurando uma nova agenda para acompanhamento das doenças negligenciadas em âmbito nacional (Vasconcelos, Kovaleski e Junior, 2015).

No que tange às pesquisas em saúde, foram criadas, em 2017, as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Esta política visa ampliar o acesso a tecnologias em saúde por meio de políticas de fomento ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017). Esta política também objetivou reduzir os custos de aquisição de medicamentos e produtos para a saúde, que representam um alto custo adicional para o sistema de saúde (Feres e Silva, 2023).

Embora os objetivos das PDP não se restrinjam às doenças negligenciadas, esta política constitui uma forma viável de ajudar a enfrentar o problema no país por promover o acesso à medicamentos para a população. Entretanto, conforme levantamento feito por Feres e Silva (2023), é válido ressaltar que tal política ainda apresenta limitações, tendo em vista que das 91 PDP vigentes à época, apenas uma esteve relacionada diretamente às doenças negligenciadas. Recentemente, o Ministério da Saúde informou o recebimento de 322 projetos para desenvolvimento e produção de tecnologias e insumos no Brasil, sendo 175 dessas propostas direcionadas ao Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL) e 147 para a realização de PDP. A elaboração dos projetos levou em conta a Matriz de Desafios Produtivos e Tecnológicos em Saúde, que visa, dentre outras prioridades, o desenvolvimento de tecnologias em saúde voltadas a doenças e populações negligenciadas (Brasil, 2024).

Destaca-se, ainda, a possibilidade da articulação da educação em saúde e da mobilização comunitária como possibilidades de baixa tecnologia para o enfrentamento eficiente das doenças negligenciadas. Conscientizar e informar as comunidades sobre prevenção, sintomas e tratamentos pode aumentar a adesão às medidas de controle e reduzir a invisibilização correntemente vinculada a essas doenças. Ações integradas com outros setores relativos à educação, saneamento básico e tratamento da água, por exemplo, podem conjuntamente reduzir o impacto dessas doenças. (Falkenberg *et al.*, 2014)

Conforme relatado, percebe-se que as políticas públicas brasileiras ainda constituem uma ferramenta incipiente na tratativa dos problemas vinculados ao agravamento de doenças negligenciadas. Apesar do enfrentamento dessa problemática estar ligado a estratégias intersetoriais que direcionam esforços a mudanças efetivas nos determinantes sociais de saúde, a inovação farmacêutica e o acesso limitado ou tendencioso a novas tecnologias também configuram um aspecto propagador de desigualdades. A

agenda de pesquisas dessas instituições contempla uma perspectiva crítica a respeito da utilização de recursos e das prioridades na sua aplicação.

A ameaça do desenvolvimento moderno-industrial na perspectiva de Illich

No que se refere às sociedades industrializadas, Illich (1973) argumenta que o crescimento descontrolado da indústria provoca uma série de problemas sociais, destacando seis desequilíbrios: a degradação do meio ambiente; o monopólio radical; a superprogramação; a polarização; a usura; e a insatisfação (Kreutz, 1976). Esses desequilíbrios podem ser diretamente relacionados às doenças negligenciadas, evidenciando como as dinâmicas industriais e sociais contribuem para a perpetuação de desigualdades, especialmente em populações marginalizadas.

A “degradação do meio ambiente” age em conjunto com o crescimento demográfico desenfreado e faz com que cada vez mais indivíduos dependam de ferramentas inacessíveis para a sua efetivação em sociedade. Nesse contexto, as ferramentas são utilizadas como instrumentos de dominação e dependem de recursos finitos para a sua produção, dando a tônica da crise ambiental (Illich, 1973; Kreutz, 1976).

A degradação do meio ambiente tem um impacto direto no surgimento e agravamento das doenças negligenciadas. O desmatamento, a poluição da água e do ar, a alteração dos ecossistemas e as mudanças climáticas favorecem a proliferação de doenças infecciosas, como a malária, a dengue e doenças parasitárias. Essas condições ambientais afetam de maneira desproporcional populações mais pobres, que frequentemente vivem em áreas vulneráveis e não têm acesso educacional e prático aos meios para mitigar os efeitos dessa degradação. Além disso, a dependência de tecnologias e recursos muitas vezes inacessíveis para o combate a essas doenças reflete a desigualdade na distribuição de ferramentas de saúde adequadas, evidenciando a dominação que se instala quando as soluções são de difícil acesso para as grandes massas.

O segundo desequilíbrio, é o “monopólio radical”. Este corresponde a um tipo de domínio operado pelo produto na medida em que seu consumo é estabelecido como obrigatório, supostamente para suprir uma necessidade humana. Ao invés de representar uma ferramenta útil à comunidade, o produto ratifica o poder e o domínio do pequeno grupo detentor de sua capacidade de produção. Como consequência, tem-se

a minoração da capacidade criativa dos indivíduos e de seu poder de cuidar de si mesmos (Illich, 1973; Kreutz, 1976).

Aqui é trazido como exemplo a concentração de poder nas mãos de um pequeno grupo responsável pela produção e distribuição de produtos essenciais, como medicamentos e vacinas. Esse desequilíbrio é crucial para entender o cenário das doenças negligenciadas. Embora haja medicamentos disponíveis para tratar essas condições, a maioria das grandes empresas farmacêuticas não se interessa em produzir tratamentos eficazes para doenças que afetam as populações mais pobres, pois elas não geram lucro significativo. Isso resulta em um monopólio de acesso aos medicamentos, onde apenas aquelas pessoas com poder econômico podem garantir tratamentos adequados. A falta de interesse por parte da indústria farmacêutica nas doenças que afetam os mais pobres é um exemplo evidente de como a minoração da capacidade criativa e de cuidados das populações mais vulneráveis é alimentada pelo monopólio das grandes corporações (Hellmann e Guedert, 2024).

A “superprogramação” é o terceiro desequilíbrio denunciado e representa uma disfuncionalidade no aprendizado, onde os saberes institucionalizados e programados, presentes sobretudo nas instituições escolares, se sobressaem àqueles desenvolvidos a partir de processos desenvolvidos com ações práticas mais orgânicas, como a observação e a participação (Illich, 1973; Kreutz, 1976; Casagrande e Freitas, 2020).

A medicina institucionalizada, frequentemente focada em grandes hospitais e tratamentos complexos, tende a desconsiderar saberes tradicionais e práticas comunitárias que poderiam ser eficazes no combate às doenças negligenciadas. As comunidades afetadas, especialmente em áreas remotas, muitas vezes desenvolvem formas alternativas de cuidado que são ignoradas ou desvalorizadas pelo sistema de saúde dominante. A superprogramação da saúde, ao impor um modelo único e centralizado, por vezes pode operar como uma barreira para a criação de respostas locais e sustentáveis para essas condições.

O quarto desequilíbrio é a “polarização”, que trata da criação de instrumentos que apenas as elites podem gerir, instituindo e reforçando a existência de dois polos na sociedade: dos ricos e dos pobres. Para Ivan Illich, uma sociedade viável implica na existência de múltiplos meios de produção, possibilitando a distribuição equitativa do poder (Illich, 1973; Kreutz, 1976; Casagrande e Freitas, 2020).

A aplicação desse desequilíbrio é particularmente visível em populações mais vulnerabilizadas - muitas vezes sem acesso à infraestrutura básica de saúde - visto que estas são as que mais sofrem com a falta de tratamento adequado. O acesso a tecnologias de diagnóstico, vacinas ou medicamentos eficazes para doenças tropicais negligenciadas é frequentemente restrito aos países classificados como “desenvolvidos”, ou para as minorias privilegiadas dentro de países considerados “em desenvolvimento”. A polarização no acesso aos meios de produção e ao poder de cura intensifica as disparidades, reforçando vulnerabilidades às populações mais suscetíveis às doenças.

O quinto desequilíbrio é a “obsolescência”. Esta é representada pela constante necessidade de inovação e substituição de recursos. A obsolescência, assim, não visa responder às demandas reais de determinado grupo, mas é guiada pelas necessidades econômicas dos detentores de poder da sociedade, diferenciando-se de uma economia de bens duráveis (Kreutz, 1976; Gajardo, 2010; Casagrande e Freitas, 2020).

Este fenômeno pode ser visto no contínuo ciclo de inovação que favorece tratamentos para comorbidades com maior prevalência ou com maior interesse econômico envolvido, enquanto as doenças que afetam as populações mais carentes são constantemente postas em segundo plano. O campo da saúde, especialmente no que diz respeito às doenças negligenciadas, sofre de uma obsolescência no foco e nos investimentos em pesquisa, e reflete-se no empenho da indústria farmacêutica em criar drogas visando assegurar a permanência de patentes. Essa obsolescência tecnológica e financeira contribui para a perpetuação das desigualdades no acesso a cuidados de saúde adequados.

O sexto desequilíbrio atravessa todos os demais: a “insatisfação”. Esta é gerada pela impossibilidade dos indivíduos de se relacionarem e atuarem no meio à sua volta (Kreutz, 1976; Casagrande e Freitas, 2020). Essa insatisfação é evidente nas comunidades afetadas pelas doenças negligenciadas, onde a ausência de acesso a cuidados em saúde adequados, a falta de recursos e o descaso dos sistemas de saúde globais criam um sentimento profundo de impotência e frustração. Tais populações são silenciadas no debate sobre saúde global, ficando à parte das discussões sobre novas abordagens terapêuticas ou políticas públicas. Esse estado de exclusão gera um ciclo de desesperança e negligência, que agrava o impacto dessas doenças.

A interlocução entre os desequilíbrios acima mencionados e as doenças negligenciadas, revela uma interconexão complexa entre os problemas sociais, ambientais e econômicos que agravam as desigualdades de saúde global. A degradação ambiental, o monopólio dos recursos, a polarização social e a obsolescência tecnológica são apenas alguns dos fatores que contribuem para a marginalização dessas doenças e das pessoas que delas padecem. Essas doenças não constituem apenas uma questão de saúde, mas refletem um sistema global de dominação e exclusão, onde os mais vulneráveis são marginalizados e permanecem sem acesso a tratamentos adequados e soluções sustentáveis.

Em síntese, o conjunto de sistemas operados pelas sociedades industrializadas age de maneira articulada e danosa. A educação se encarrega de produzir consumidores competitivos, enquanto a medicina atua na instrumentação de aspectos elencados como indispensáveis à vida. Como consequência, ocorre um deslocamento das ferramentas sociais, que deixam de constituir instrumentos úteis para o convívio humano, para serem deturpadas e agirem enquanto mediadoras das estruturas de saber e poder definidas para benefício crescente de um grupo seletivo de pessoas.

A ferramenta convivencial: uma alternativa bioética à sociedade moderno-industrial

Em seu livro *A Convivencialidade* (1973), Ivan Illich propõe um sistema destinado a limitar o crescimento das sociedades industrializadas (Gajardo, 2010). Como afirma o autor, seu objetivo não é descrever uma ficção para uma possível sociedade futura, mas prover um guia para ser utilizado livremente e ajustado conforme as necessidades de cada meio (Illich, 1973). Para tanto, é necessário reconhecer que as limitações intrínsecas ao modelo industrial, segundo o autor, originam-se no próprio modo destrutivo como as instituições e instrumentos são utilizados no modelo industrial (Barreto, 2016).

Tal utilização, como foi discutido, é caracterizada pelo monopólio e pela centralização de aspectos que deveriam permanecer no domínio do social e comunitário (Illich, 1973). O modelo convivencial, portanto, mais do que o mero ajuste de tais instrumentos, propõe sua plena substituição; qualquer medida intermediária, como a captura desses serviços pelo Estado, por exemplo, seria incompleta, uma vez que o caráter destrutivo está na essência desses modos de reprodução (Barreto, 2016).

Um dos grandes problemas da crise planetária em que vivemos, afirma Illich, reside na substituição do homem pela máquina, “o domínio do homem sobre a ferramenta foi substituído pelo domínio da ferramenta sobre o homem” (Illich, 1973, p. 30). Aqui, entende-se o termo “ferramenta” de uma forma ampla, referindo-se a qualquer meio ou instrumento utilizado para um determinado propósito, podendo ou não ser produto da atividade humana. Inclui-se nesta definição, portanto, as instituições científicas e sua respectiva produção.

A convivencialidade, nesse sentido, seria o inverso da produtividade industrial (Illich, 1973). As ferramentas convivenciais compõem essa sociedade utópica, estão a serviço dos indivíduos e são por eles controladas (Illich, 1973). Em um sentido estrito, as ferramentas convivenciais seriam assim entendidas quando estão acessíveis sem a necessidade de profissionalização dos seus executores, portanto, indivíduos que são menos passíveis de controle, monopolização e corrompimento. Dessa maneira, pressupõe-se um controle maior dos membros de uma sociedade sobre a própria cultura.

A sociedade convivencial, assim, define limites para a instrumentalização das práticas humanas, promovendo a autonomia de seus membros através da utilização eficaz das ferramentas. Importante ressaltar que, nesse espectro, as instituições não precisam ser totalmente abolidas. Illich propõe uma certa utilização controlada e crítica das mesmas. O problema emerge quando a instituição monopoliza a ferramenta e esta adota proporções equívocas, passando a sobrepor a ferramenta às necessidades dos indivíduos (Illich, 1973).

Esse é um dos pontos que marcam uma interlocução com o tema das doenças negligenciadas. Na presente análise, interpreta-se que o estabelecimento de prioridades por parte da indústria farmacêutica, guiada por interesses econômicos em detrimento das demandas sociais, exemplifica enfaticamente a “ferramenta” sobrepondo-se às necessidades dos seus potenciais beneficiários: as pessoas.

É válido salientar que Illich adota uma visão pouco suscetível a reformas parciais, de modo que as proposições feitas no presente ensaio não necessariamente confluem com a proposta de reforma radical defendida pelo autor. Apesar disso, a convivencialidade, proposta como alternativa à sociedade de consumo, fornece subsídios para imaginar possibilidades nas quais o sistema de saúde atue de forma mais enfática na proteção da autonomia e estabeleça meios para desenvolvimento da criatividade

das pessoas em situação de vulnerabilidade, ao invés de ceder à pressão econômica exercida por grandes corporações.

Interface entre a ferramenta convivencial e as doenças negligenciadas: uma discussão bioética

Muitas das críticas que Illich faz ao crescimento desenfreado das sociedades industrializadas encontram eco na problemática que envolve as doenças negligenciadas. A polarização da ferramenta anteriormente mencionada, ou seja, o monopólio de grupos dominantes sobre as ferramentas úteis à sociedade, encontra um paralelo ao analisarmos a indústria farmacêutica ditando as prioridades de pesquisa com base em necessidades de mercado.

Diante desse debate, a proposta de Illich para devolver o controle da ferramenta aos indivíduos que compõem determinada sociedade poderia ser interpretada em dois eixos complementares: o primeiro, pautado em prover aos indivíduos os recursos necessários à sua própria emancipação mediante políticas afirmativas. A diminuição das desigualdades sociais existentes favorece não apenas a mitigação das iniquidades associadas às doenças negligenciadas, como também poderia viabilizar o uso da criatividade da população para mobilizar soluções próprias aos problemas sociais verificados.

O segundo eixo, seria o próprio controle da ferramenta - representada aqui pelas pesquisas em saúde - pelos membros da sociedade. É fundamental, portanto, a revisão dos parâmetros éticos para a realização das pesquisas em âmbito nacional. Nesse sentido, se torna essencial a utilização de critérios para a viabilização de pesquisas envolvendo seres humanos como, por exemplo, o retorno social esperado. Ademais, é de suma importância propor iniciativas que assegurem a participação ativa da população no processo de construção do conhecimento científico.

Atualmente, a crise ética na pesquisa clínica no Brasil é manifestada pela ausência de normativas que assegurem a representatividade de todos os segmentos sociais na experimentação farmacêutica. Nesse contexto, a indústria demonstra uma clara preferência por envolver populações em situação de vulnerabilidade social, explorando-as para a realização de estudos clínicos, muitas vezes sem considerar os interesses ou as necessidades específicas dessas comunidades. Entretanto, essas dinâmicas, ao contrário do que se possa esperar, não respondem às reais demandas

da sociedade e representam muito mais uma capitalização da vulneração desses grupos (Hellmann e Guedert, 2024).

Como argumentam Hellman e Guedert (2024), apenas 60% dos novos medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) e testados na América Latina são registrados nos países anfitriões das pesquisas. Sendo que uma parcela ínfima dessas pesquisas investiga adequadamente as doenças negligenciadas.

A Bioética de Intervenção (BI), enquanto campo de análise antissistêmica e crítica de re-territorialização epistemológica para práticas bioéticas sociais e politicamente engajadas, visa fomentar discussões que possibilitem a construção de um cenário internacional mais justo e solidário, em consonância com os princípios de equidade e justiça social (Garrafa e Porto, 2003; Feitosa, 2015). Ao problematizar as estruturas de poder e os sistemas econômicos hegemônicos, a BI propõe intervenções éticas que desafiam práticas que perpetuam desigualdades e violam direitos fundamentais (Feitosa e Flor-do-Nascimento, 2015; Garrafa, 2023). Nesse sentido e na mesma linha de reflexão, as teorias de Ivan Illich fornecem um referencial sólido para a crítica aos sistemas produtivistas, evidenciando suas implicações nocivas para a saúde, sociedade e a dignidade humana, enfatizando a necessidade de repensar os paradigmas hoje homogeneamente referenciais de desenvolvimento e bem-estar.

As noções desenvolvimentistas centralizadas na técnica desvelam dinâmicas imperialistas persistentes, que ampliam as desigualdades entre o norte e o sul geopolítico. A sociedade de consumo vincula as noções de desenvolvimento à acumulação infinita de capital, agravando as crises planetárias e criando fissuras profundas na distribuição equitativa de recursos, dentre elas a escassez de investimentos na pesquisa clínica para doenças relativas à pobreza (Fabri, 2023).

Como apontado por Leonídio e Neto (2019), um dos principais paradoxos do sistema produtor de mercadorias é que quanto mais mercadoria ele gera, mais diminui a sua capacidade de satisfazer as necessidades das pessoas. A lógica mercadológica, especialmente perpetrada na sociedade através da educação institucionalizada das massas, se expande ao domínio da saúde, permeando a investigação científica nesse campo.

Outro debate possível diz respeito à utilização de soluções “hiper tecnologizadas” em situações que demandam soluções predominantemente sociais. Esta abordagem pode causar diversos problemas, como a diminuição da autonomia local e efeitos negativos no meio ambiente (Illich, 1973). Para atender adequadamente às necessidades comunitárias,

especialmente no caso de doenças negligenciadas, é crucial adotar estratégias que valorizem e integrem o conhecimento e as habilidades locais, garantindo a correspondência adequada com a comunidade alvo de tais intervenções.

A convivencialidade oferece um modelo que destaca a importância de ferramentas e métodos que sejam adequados, participativos e sustentáveis. Soluções desproporcionais às necessidades de uma população podem, muitas vezes, inibir a inovação local ao impor respostas externas que cerceiam o conhecimento e a criatividade das comunidades (Illich, 1973).

Em contextos em que as soluções são de cunho social, o uso desproporcional de recursos tecnológicos pode ser conflitante com questões culturais, econômicas e estruturais existentes nas comunidades, além de alavancar assimetrias de poder pelo uso corrompido da ferramenta. Diante disso, é válido registrar que a implementação de recursos em dissintonia com as necessidades comunitárias pode aprofundar disparidades no acesso a serviços essenciais, agravando as desigualdades.

Aplicando a convivencialidade a esse contexto, é possível imaginar um modelo de saúde em que as ferramentas convivenciais – ou seja, soluções de saúde mais acessíveis, simples e adaptadas às realidades locais – fossem mais amplamente distribuídas. Isso incluiria o fortalecimento de práticas de saúde comunitárias, o desenvolvimento de tratamentos mais econômicos e acessíveis, bem como uma maior autonomia das comunidades afetadas. Além disso, a convivencialidade também propõe a diminuição do controle das grandes instituições sobre as soluções de saúde, possibilitando um sistema mais horizontal, em que as populações vulneráveis possam participar ativamente da criação e implementação de soluções para as doenças que as afetam.

Retomando Porto e Garrafa (2005), a desigualdade, tanto nas relações políticas quanto interpessoais, está ligada ao acesso (ou não...) às tecnologias e seu impacto social. No nível político, o poder de manipulação na utilização de tais tecnologias define as regras de mercado e a concentração de riqueza. Nas relações interpessoais, a desigualdade se mostra na capacidade de consumir tecnologia, criando hierarquias sociais baseadas na exclusão ou no acesso a esses bens. A capacidade de produzir ou consumir tecnologia define, por conseguinte, um pacto social.

Essa desigualdade de acesso prejudica a convivência justa e equitativa entre os diferentes atores sociais. A convivencialidade, como promotora da inclusão, respeito à autonomia e criatividade, implica na redução dessas disparidades a partir do estabelecimento

de dinâmicas sociais mais participativas e inclusivas. Para uma convivência comunitária harmoniosa, é essencial que as tecnologias utilizadas beneficiem os membros sociais de maneira equitativa.

Considerações finais

As doenças negligenciadas configuram um grande desafio para a saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo, especialmente nos países pertencentes ao sul-global, que apresentam em seu processo histórico marcas ainda ressoantes do processo de colonização (Guimarães *et al.*, 2024). Para que haja um combate efetivo a esse problema, é fundamental a adoção de ações que levem em consideração o papel dos determinantes sociais em saúde, a partir de uma perspectiva ampliada.

É necessário, no entanto, considerar também alguns aspectos estruturantes da sociedade e as formas com que são estabelecidas as relações comerciais em torno das pesquisas clínicas. A reflexão crítica inspirada pelo pensamento de Illich oferece uma perspectiva valiosa para navegar neste caminho complexo, assegurando que avanços tecnológicos sejam considerados e implementados, de maneira a, por um lado, aprimorar os mecanismos de inclusão social e, por outro, não comprometer os objetivos essenciais estabelecidos constitucionalmente com relação ao sistema público de saúde brasileiro.

As tecnologias, quando mal aplicadas, podem diminuir a autonomia local e causar impactos ambientais negativos. Nesse sentido, a aplicação da ferramenta da convivencialidade às doenças negligenciadas oferece um modelo alternativo ao sugerir que o sistema de saúde priorize o respeito à autonomia e a criatividade das comunidades vulneráveis, ao invés de ceder à pressão econômica da indústria farmacêutica, que é representada no original glossário do microsistema linguístico proposto por Illich, pela certa expressão “instituição médica moderno-industrial” (Bello-Urrego e Garrafa, 2018).

Com a aplicação de referenciais relacionados à convivencialidade, as doenças negligenciadas podem passar a ser tratadas de maneira mais eficaz, não pela imposição de soluções externas ou pelo monopólio das grandes empresas multinacionais farmacêuticas, mas através de um sistema de saúde mais justo e colaborativo, que coloque as necessidades das populações em primeiro plano, envolvendo-as ativamente no processo de cuidado. Essa proposta, assim, sugere uma reestruturação do sistema de saúde nacional e global, com foco no respeito à autonomia e no estímulo à criatividade das pessoas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, para enfrentar as doenças que mais as afligem.

Ivan Illich, portanto, permanece um autor cuja discussão proposta se faz necessária na contemporaneidade. Seu instrumental teórico oferece relevantes contribuições para que melhor se analise criticamente os rumos que vêm sendo tomados pela pesquisa científica em âmbito nacional e internacional no campo aqui estudado. Adicionalmente e em sentido inverso, a utilização prática dos referenciais relacionados à convivencialidade é capaz de configurar a bioética como uma nova ferramenta teórico-metodológica capacitada a analisar e intervir na nocividade decorrente dos processos médico-industriais toda vez que os mesmos ultrapassem os limites da civilidade e das necessidades humanas, balizando estratégias diferenciadas em contraposição concreta ao avanço de problemas sanitários historicamente persistentes, como são as doenças negligenciadas.

Referências

Andrade BLA, Rocha, DG. Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. *Revista Bioética*. 23(1):105-113, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/JWf7bSF4Gjqcvy5xsNZW4k/?lang=pt>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2006. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/958>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-05-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 5 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. SUS recebe recorde de projetos para desenvolvimento e produção de tecnologias e insumos no Brasil. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br>

br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/sus-recebe-recorde-de-projetos-para-desenvolvimento-e-producao-de-tecnologias-e-insumos-no-brasil. Acesso em: 5 de novembro de 2024.

Barreto, J. A Convivencialidade. *Análise Social*, 12(46),505–508. 1976. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41008215>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Bello-Urrego A; Garrafa V. Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich. *Saúde em Debate*, 42:263-273. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420181162>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbGt6k9C6hLyFRXTqngRDyc/?lang=pt>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Casagrande L, Freitas NC. Organizar na era dos sistemas: as contribuições críticas de Ivan Illich aos estudos organizacionais. *Cadernos EBAPE.BR*, 18(2):254-267. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395177954>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/NJw7rykyqZWT6cj8vYdJJtH/?lang=pt>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Fabri A. Convivencialidade, decrescimento e bem viver: o semear de novos horizontes. *Contribuciones a las ciencias Sociales*, 16(5):2650-8. 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.5-041>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/678>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3): 847-852. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Feitosa SF. O processo de territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora. 2015. 217 p. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Feitosa SF, Flor-do-Nascimento W. A Bioética de Intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. bioét. (Impr.)*. 23(2):277-84. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232066>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/fvVNKZ5673Z3qyZHDWCpZcb/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Feres MVC, Silva AR. As parcerias para o desenvolvimento produtivo e as doenças tropicais negligenciadas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 12(3):323-353. 2023.

DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v12i3.7958>. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/7958>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2):01-17. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00263321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/v5tytHYJjj3tpZn9DYFLzWv/?lang=pt>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Gajardo M. Ivan Illich. 1ª. Ed. Recife. Editora Massangana. 2010.

Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6):399-416. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00356>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8519.00356?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Garrafa V. Bioética de Intervención; dura sin perder la ternura: crítica, anti-hegemónica y militante. In: Acosta-Sariego (editor). *Bioética y Biopolítica*. 1ª. Ed. Cuba. Editora Acuario. p. 88-112, 2023.

Gómez MS. Sociedad, utopía y educación en Iván Illich. *Psicologia USP*, (17):183-201. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/CF3B64YcKWjDFxVdmLnnMzs/?lang=es>. Acesso em: 16 de novembro de 2024.

Guimarães AC, Dias GB, Cunha TR, Rozin L, Sanches LC. Doenças de pessoas negligenciadas no Brasil: o olhar da Bioética Crítica sobre as determinações sociais da saúde. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (24):01-14. 2024. DOI: <https://doi.org/10.14422/rib.i24.y2024.001>. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/20657>. Acesso em: 4 de novembro de 2024.

Kreutz LS. *A Convivencialidade*. Publicações Europa-América. Lisboa. 1976. Disponível em: <https://www.inf.ufsc.br/~edla.ramos/infoedu/alunos/alunos99/seminario1/Illich-Luciana.htm> Acesso em: 12 de maio 2024.

Leonídio A, Neto EPSL. A utopia de Ivan Illich. *Diálogos Latinoamericanos*, 20(28):30-40. 2019. DOI: <https://doi.org/10.7146/dl.v20i28.113442>. Disponível em: <https://tids-skrift.dk/dialogos/article/view/113442>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

Hellmann F, Gueder JM. A crise ética da pesquisa clínica no Brasil: Lei n. 14.874/2024 e as flexibilizações das normativas brasileiras de proteção dos participantes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28:01-09. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rxKWmZyF3RVh4hBZCLt-CvxN/?lang=pt>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

Illich, I. *Sociedades sem escolas*. 7ª. Ed. Rio de Janeiro. Editora Vozes. 1970.

Illich I. *A Convivencialidade*. Lisboa. Publicações Europa-América. 1973.

Madureira AS, Ramos EM, Sena JP, Almeida NMO. Políticas públicas de saúde: a agenda para o enfrentamento das doenças negligenciadas. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(12): 30478-30492. 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/rev-conv.16n.12-086>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3560>. Acesso em: 12 de maio de 2024.

Médici AC. Saúde e crise da modernidade (caminhos, fronteiras e horizontes). *Saude e Sociedade*, 1(2):49-78. 1992. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901992000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Ct6XwPKSc5HGRKLHxmHVVY-w/?lang=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética*, 13(1):111-123. 2005. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/96/91. Acesso em: 12 de maio de 2024.

Santos WS, Júnior JHS, Soares JC, Raasch M. (2020). Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? *Revista de Gestão em Sistemas De Saúde*, 9(3):433–453. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514> Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17514>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Souza W. *Doenças negligenciadas*. 1ª. Ed. Rio de Janeiro. Editora Academia Brasileira de Ciências. 2010.

Tabet LP, Sampaio VC, Martins ACLR, Sá NM, Garrafa V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde em Debate*, 41(115):1187-1198. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SKCGf4z84vhPQ3JFKqcMGng/?lang=pt>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Vasconcelos RS, Kovalski D, Junior ZCT. *Doenças Negligenciadas: revisão da literatura sobre as intervenções propostas*. Saúde & Transformação Social/Health & Social

Change, 6(2):114-131. mai. 2015. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3714>. Acesso em: 1 de novembro de 2024

World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva; 2001. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

World Health Organization. Global report on neglected tropical diseases. Geneva; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365729/9789240067295-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 de novembro de 2024.

Conflito de interesses

Não há.

Colaboração

Todos os autores participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, sendo igualmente responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Correspondência

V. Garrafa.

Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

garrafavolnei@gmail.com

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Recebido em: 13/05/2025. Revisado em: 16/06/2025. Aprovado em: 2/10/2025.

Editor responsável

Thiago Rocha da Cunha

(<https://orcid.org/0000-0002-6330-2714>)